



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES  
**AVISO DE ACCIÓN PLANIFICADA**  
**SERVICIOS DE EXENCIÓN**  
 PLANNED ACTION NOTICE  
 WAIVER SERVICES

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CLIENTE

NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE

DDD ha tomado la(s) siguiente(s) decisión(es) con respecto a sus servicios o solicitud de servicios.

Esta decisión será efectiva el \_\_\_\_\_

RAZÓN DE LA NEGACIÓN, REDUCCIÓN O CANCELACIÓN DEL SERVICIO			
<p>A continuación se detalla la lista de referencia de los números de las razones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usted no es elegible para el servicio.</li> <li>2. El servicio o la cantidad de servicio previo no son necesarios para su salud y bienestar.</li> <li>3. La cantidad de servicios se determina mediante una evaluación.</li> <li>4. El servicio podría estar disponible a través de otros recursos.</li> <li>5. El servicio no está disponible en su Exención o no es un servicio de la Exención.</li> <li>6. Usted o su representante solicitaron esta decisión.</li> <li>7. La financiación excede el presupuesto de la exención.</li> </ol>			
DECISIÓN			
SERVICIO	DECISIÓN	RAZÓN	CANTIDAD
	<input type="checkbox"/> Reducción	WAC 388-	De:
		Razón No.	A:
	<input type="checkbox"/> Negación	WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> Cancelación	Razón No.	
	<input type="checkbox"/> Reducción	WAC 388-	De:
		Razón No.	A:
	<input type="checkbox"/> Negación	WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> Cancelación	Razón No.	
	<input type="checkbox"/> Reducción	WAC 388-	De:
		Razón No.	A:
	<input type="checkbox"/> Negación	WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> Cancelación	Razón No.	

**DECISIÓN (CONT.)**

SERVICIO	DECISIÓN	RAZÓN	CANTIDAD	
	<input type="checkbox"/> Reducción	WAC 388-	De:	
		Razón No.	A:	
	<input type="checkbox"/> Negación <input type="checkbox"/> Cancelación	WAC 388-		
		Razón No.		
	<input type="checkbox"/> Reducción	WAC 388-		De:
		Razón No.		A:
	<input type="checkbox"/> Negación <input type="checkbox"/> Cancelación	WAC 388-		
		Razón No.		
	<input type="checkbox"/> Reducción	WAC 388-		De:
		Razón No.		A:
	<input type="checkbox"/> Negación <input type="checkbox"/> Cancelación	WAC 388-		
		Razón No.		
	<input type="checkbox"/> Reducción	WAC 388-		De:
		Razón No.		A:
	<input type="checkbox"/> Negación <input type="checkbox"/> Cancelación	WAC 388-		
		Razón No.		
	<input type="checkbox"/> Reducción	WAC 388-		De:
		Razón No.		A:
	<input type="checkbox"/> Negación <input type="checkbox"/> Cancelación	WAC 388-		
		Razón No.		

**COMENTARIOS ADICIONALES**

## SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Tiene noventa (90) días desde la recepción del presente aviso para solicitar una audiencia administrativa para apelar esta acción.

- Si actualmente está recibiendo este servicio pago de DDD y desea que el servicio continúe durante su apelación, debe presentar su solicitud para una audiencia administrativa antes del \_\_\_\_\_.
- Si elige continuar este servicio pago y la decisión final ratifica la acción del departamento, usted será responsable de devolver hasta 60 días de servicios pagos.
- Si no desea que continúen sus servicios pagos, comuníquese con:

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
ADMINISTRADOR DE CASO/RECURSOS NÚMERO DE TELÉFONO

Usted tiene los siguientes derechos:

1. A ser representado (podría reunir los requisitos para recibir asesoramiento legal sin costo);
2. A solicitar una copia de su expediente y de toda la información evaluada por DDD para tomar la decisión;
3. A presentar documentos de prueba;
4. A declarar en la audiencia y presentar testigos para atestiguar en su nombre; y
5. A contra-interrogar a testigos presentados por el departamento.

Se adjunta un formulario para solicitar una audiencia administrativa.

## PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de la presente decisión o sobre el proceso de apelación, comuníquese con:

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	OFICINA LOCAL
--------	--------------------	---------------



**AVISO DE ACCIÓN PLANIFICADA  
SERVICIOS DE EXENCIÓN DE DDD  
SOLICITUD DE AUDIENCIA**

conforme el Capítulo 388-02 para reglamentos de audiencia de DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> <b>Oral request taken by:</b>	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

**ENVÍE POR CORREO A:** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

**FAX:** 360-586-6463

Solicito una audiencia debido a que estoy en desacuerdo con la siguiente decisión tomada por la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD) en cuanto al servicio:

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
----------------------------------------	---------------------	-------------------------

DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
---------------------------------------------------	--------------------------------------

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
			<input type="checkbox"/> <b>NÚMERO DE TELÉFONO PARA MENSAJES</b>

**Fui notificado sobre la decisión el:** \_\_\_\_\_ **por:** \_\_\_\_\_  
FECHA NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS

**Deseo recibir asistencia continua, si fuera elegible:**  Sí  No Programa: \_\_\_\_\_

Soy representado por (si fuera a representarse a sí mismo, no complete las próximas dos líneas):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE	ORGANIZACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
----------------------------	--------------	--------------------

DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

**Autorizo la cesión de la información sobre mi audiencia a mi representante.**

SU FIRMA	FECHA
----------	-------

¿Necesita un intérprete o alguna otra asistencia o arreglo para la audiencia?  Sí  No

De ser así, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia? \_\_\_\_\_

Los Jueces de Ley Administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias vía telefónica. Si desea cambiar a una audiencia en persona, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que le enviará por correo la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).

Referencia de WAC para el Aviso de Acción Planificada sobre los servicios de exención de DDD

SERVICIO	WAC	RAZÓN
<b>Todas las excepciones a la regla</b>	388-440-0001(1)	Criterio de ETR
<b>Programa Diurno del Condado</b>		
Acceso a la Comunidad	388-845-0600	Definición del servicio
	388-845-0610	Limitaciones para el servicio
Guía de la comunidad	388-845-0700	Definición del servicio
	388-845-0710	Limitaciones para el servicio
Persona-a-Persona	388-845-1200	Definición del servicio
	388-845-1210	Limitaciones para el servicio
Prevocacional	388-845-1400	Definición del servicio
	388-845-1410	Limitaciones para el servicio
Asistencia con el Empleo	388-845-2100	Definición del servicio
	388-845-2110	Limitaciones para el servicio
<b>Residencial Pago de DDD</b>		
Hogar de Familia para Adultos	388-845-0300 388-106-0080; 0115	Definición del servicio Cantidad del servicio
	388-845-1310 388-106-0120	Limitaciones para el servicio Tarifa de pago
Atención residencial para adultos	388-845-0400 388-106-0080; 0115	Definición del servicio Cantidad del servicio
	388-845-0410 388-106-0120	Limitaciones para el servicio Tarifa de pago
Servicio de Habilitación Residencial Programa de Colocación Voluntaria Hogar en Grupo Vivienda Alternativa Hogar de Compañía Convivencia Asistida Hogar Suplente Alternativa de Vida Operada por el Estado	388-845-1500	Definición del servicio
	388-845-1515	Limitaciones para el servicio
<b>Enfermería</b>		
Enfermería Especializada	388-845-1700	Definición del servicio
	388-845-1710	Limitaciones para el servicio

SERVICIO	WAC	RAZÓN
<b>Atención Personal</b>		
Todos los clientes	388-106-0210 388-845-1300	Elegibilidad
Todos los clientes	388-845-1310	Limitaciones a la atención personal
Todos los clientes	388-106-0220	Requisitos para la redeterminación/ revaluación anual
Adulto en el hogar	388-106-0130; 0135 388-106-0220 388-106-0080; 0125; 0130	Monto de reducción o revaluación
Menor en el hogar	388-106-0130; 0135 388-106-0213	Pautas de la edad
<b>Servicios Profesionales</b>		
Control del Comportamiento	388-845-0500	Definición del servicio
	388-845-0510	Limitaciones para el servicio
Servicios del Plan Estatal Extendidos	388-845-1000	Definición del servicio
	388-845-1015	Limitaciones para el servicio
Servicios Psiquiátricos	388-845-1900	Definición del servicio
	388-845-1910	Limitaciones para el servicio
Personal/Familia/Cons./Capacitación	388-845-2000	Definición del servicio
	388-845-2010	Limitaciones para el servicio
<b>Servicios Especializados</b>		
Equipamiento Médico/Suministros Especializados	388-845-1800	Definición del servicio
	388-845-1810	Limitaciones para el servicio
Accesibilidad al Entorno	388-845-0900	Definición del servicio
	388-845-0910	Limitaciones para el servicio
Servicios de Transporte	388-845-2200	Definición del servicio
	388-845-2210	Limitaciones para el servicio

SERVICIO	WAC	RAZÓN
<b>Cuidado de Relevo</b>		
Clientes de la exención	388-845-1600	Definición del servicio
	388-845-1605	Elegibilidad para el cuidado de relevo
	388-845-1606	Requisitos de excepción
	388-845-1610	Dónde se puede brindar relevo
	388-845-1620	Limitaciones para el servicio
<b>Servicios financiados únicamente por el estado</b>		
Clientes de la exención	388-845-0115	Acceso a los servicios fuera de la exención

## INSTRUCTIONS FOR PLANNED ACTION NOTICE DDD WAIVER SERVICES

### Notification Requirements

1. A Planned Action Notice, Appeal Rights, and Request for Hearing must be sent when a service(s) is reduced, denied, or terminated.
2. A request for a specific service can be oral or in writing. A denial of either request requires a Planned Action Notice.
3. All decisions are documented in the client's CARE Service Episode Record.
4. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
5. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of age and a copy sent to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
  - A parent if the client is under the age of eighteen (18);
  - The guardian or other legal representative;
  - Other relative;
  - Other person identified by the client;
  - An advocacy agency.

### Completing the form

1. The effective date of a **denial** is the date of the decision. (First page)
  - Provide 90 days from the date of receipt for requesting an appeal.
2. The effective date of a **reduction** or **termination** is a minimum of ten (10) days and a maximum of ninety (90) days from the date the Planned Action Notice is mailed to the client.
  - A service termination occurs on the last day of the month
  - A service reduction occurs on the first day of the month
  - Services continue if an appeal is filed in a timely manner except for circumstances listed in WAC 388-825-150.
3. Services: Choose the service from the attached list of services and WAC references.
4. Decision: Identify the appropriate decision.
5. Reason:
  - Insert the WAC number(s) that give the legal authority for the decision.
  - Insert the corresponding number of the reason(s) listed on the Planned Action Notice for the decision.
6. Amount:
  - Amount and unit of service required for Approvals and Reductions.
  - Example: Approved at 60 hours per month;  
Reduced "From" 100 hours per month "to" 80 hours per month.
7. The second page is optional. Use if there are more than two decisions.

8. Instructions for completing a **translated form**:

- Enter the information in English.
- Identify each service with a number if there is more than one.
- Write the number next to the corresponding reference line on the Services/WAC chart and highlight the WAC reference and reason.
- Send the highlighted WAC reference (page 6) with the Planned Action Notice.

Appeal Rights

1. Insert a date in the first bulleted statement ONLY if this is a reduction or termination of an existing service.
2. To calculate the date in the first bulleted statement, count 10 days from the date the notice is mailed.

Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
  - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.  
The last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
  - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.  
The last day of the month of the 10th day is November 30th.
3. Case/Resource Manager name for terminating paid services during an appeal is the CRM responsible for authorizing the client's paid services.
4. The name at the bottom of the form will be determined by regional authority.